

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Röntgenologische bevindingen bij een patiënt met polyostotische fibreuse displasie

Gaarne willen wij collega FRODL en BERGHUIS (1972) met een aanvulling op hun casuïstische mededeling opmerkelijk maken op het proefschrift van T. H. KWEE getiteld *Fibreuse osteodysplasie* (1964), waarin twee patiënten met de polyostotische vorm worden beschreven.

De laatste in dit proefschrift beschreven patiënt, met een rechtszijdige polyostotische vorm, werd in 1963, op zijn twaalfde jaar, in de Universiteitskliniek voor Heelkunde in het Binnengasthuis behandeld wegens een femurfractuur. Het ziektebeeld is sindsdien uitgebreid tot de hand en de voet. In 1971 kwam deze patiënt, opnieuw wegens een femurfractuur, onder onze behandeling. Uit het röntgenonderzoek bleek de uitsluitend rechtszijdig gelokaliseerde ziekte zich in de volgende skeletdelen te manifesteren: os frontale, sphenoidale en ethmoidale, scapula, humerus, radius en ulna, 3e, 4e, 5e metacarpale, 3e, 4e, 5e grondfalanx en middenfalanx, 2e, 4e, 6e, 7e, 8e en 9e ribben, rechter bekkenhelft (scheefbekken), femur, tibia, en fibula, 1e, 3e, 4e en 5e metatarsalia en de grondfalanxen van 3e, 4e en 5e tenen.

Literatuur: FRODL, F. K. O. en P. H. E. BERGHUIS (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1385. — KWEE, T. H. (1964) *Fibreuse osteodysplasie*. Proefschrift Amsterdam. Jacob van Campen, Amsterdam.

Amsterdam, 7 augustus 1972

J. W. SWAAN

Voor de waardevolle aanvulling van collega SWAAN zijn we zeer erkentelijk. Ook hieruit blijkt dat bij een progressief verloopende vorm van de polyostotische fibreuse dysplasie tenslotte botten aangedaan kunnen zijn waarvan men vroeger dacht dat ze steeds vrij bleven waaruit men ten onrechte differentiaal-diagnostische conclusies trok.

Rotterdam, 6 september 1972

F. K. O. FRODL

Nóg een exemplaar van Henricus Regius' *Physiologia* (1641)

In mijn onlangs verschenen artikel over de *Physiologia* (1641) van HENRICUS REGIUS wees ik erop, dat er zich van dit zeer zeldzame werkje, waarvan ons land geen enkel exemplaar bezit in een openbare bibliotheek, enige jaren geleden een exemplaar gevonden is in de „Staatliche Bibliothek des Landes Bayern“ in Neuburg a.d. Donau.

Toevallig ontdekte ik, kort na de verschijning van mijn artikel, dat er zich in Duitsland nóg een exemplaar van die *Physiologia* bevindt. Dit is aanwezig in de Alte Bibliothek te Herborn. In deze stad heeft JAN VI VAN NASSAU, een broeder van prins WILLEM I, in 1584 een protestantse hogeschool gesticht, welke in 1590 een boekerij kreeg, die tot 1812 heeft bestaan.

In deze bibliotheek, die bewaard is gebleven, bevindt zich een schat van in Nederland verschenen boeken, dissertaties, disputaties etc., voornamelijk echter van theologische aard. DIBON (1957) heeft van dit Nederlandse aandeel in die bibliotheek een afzonderlijke catalogus gemaakt, waarin men op bl. 105 REGIUS' werkje met de volledige titel en de opgaben der diverse disputaties vermeld vindt.

Behalve de *Physiologia* is er nog een zestal, onder REGIUS gehouden, disputaties aanwezig. Ze zijn van de hand van JOH. VAN HOORN, MATTH. EVERS DYCK en JOHANNES DE

1750

RAEL. Of deze Utrechtse disputaties wel in Nederland vertegenwoordigd zijn, heb ik niet nagegaan.

Literatuur: DIBON, P. (1957) *Le Fonds néerlandais de la Bibliothèque Académique de Herborn*. Mededelingen Koninklijke Akademie van Wetenschappen, Afdeling Letterkunde. Nieuwe reeks, deel 20, Nr. 14. Noord-Hollandsche Uitgeversmij., Amsterdam. — LINDEBOOM, G. A. (1972) In de ochtendschemering van de moderne fysiologie: Henricus Regius „*Physiologia*“ (1641) — en een eigentijds oordeel daarover. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1124.

Amsterdam, 29 augustus 1972

G. A. LINDEBOOM

Antistollingsbehandeling en coronaria-aandoeningen

De klinische les van Prof. Roos (1972) brengt nog eens de indicatiestelling voor langdurige antistollingsbehandeling bij myocardinfarcten ter sprake. Deze behandelingsmethode die vooral door de aanwezigheid van vele trombose-diensten hier te lande algemeen is ingeburgerd, berust vooral op het werk van Prof. LOELIGER en zijn groep uit Leiden (1967) en van collega MEEUWISSEN uit Utrecht (1969). Beide groepen stipuleren hierbij uitdrukkelijk dat het gaat om patiënten jonger dan 65 jaar bij wie intensieve hypocoagulabiliteit wordt verkregen (Thrombotest tussen 5 en 12%) waarbij met een nauwkeurige en voldoende frequente controle slechts in minder dan 20% van de bepalingen de verlenging onvoldoende mag zijn. Voor het bereiken van dergelijke eisen dient de patiënt inzicht in het doel en de gevaren van behandeling te hebben en bereidheid tot medewerking te tonen. Omgekeerd dienen de behandelende artsen hun patiënten nauwlettend te begeleiden zoals dat geschiedt bij een trombose-dienst die centraal doseert.

Het is helaas onze ervaring in Rotterdam dat bij het overgrote deel van de toepassingen van profylactische antistolltherapie door huisartsen onvoldoende onstolbaarheid wordt bereikt. Mede hierdoor ontstaan waarschijnlijk minder vaak bloedingen dan bij adequate therapie zou zijn opgetreden en is de behandelend geneesheer minder alert op relatieve contra-indicaties of op het wegvallen van indicaties voor antistolltherapie.

Bij centraal geleide trombose-diensten ziet men 1 macroscopische bloeding per circa 25 patiëntenjaren optreden. Uitgaande van de veronderstelling dat in Rotterdam inadequate antistolling zeker in meer dan 20% der gevallen voorkomt, zou men hier dus nog minder bloedingen verwachten. Desniettemin hebben wij in de afgelopen 4 jaar op onze interne afdeling 20 patiënten moeten opnemen wegens een ernstige bloeding waarvoor transfusie van meer dan 1 l bloed noodzakelijk was, van wie 1 patiënt is overleden.

De tabel geeft een overzichtje van onze patiënten. Viermaal betrof het een post-operatieve patiënt; eenmaal een foute indicatie, te weten een veneuze trombose; 15 maal was de indicatie een vaatsclerose waarvan 10 maal coronaria-sclerose. Slechts bij 2 van deze patiënten was de PTT bij opname te lang. Bij geen van deze patiënten was een carcinoom oorzaak van de bloeding. Retrospectief bleek de bloeding 9 maal afkomstig uit de maag, 6 maal ergens uit de tractus digestivus, éénmaal uit het colon, viermaal trad de bloeding elders op. Slechts 2 van de eerste 15 patiënten bleken achteraf anamnestic maagklachten te hebben gehad. Bij röntgencontrole werd 8 maal na de bloeding aan de maag of het duodenum een afwijking gevonden (zie de tabel).

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 39, 1972